成年人痴呆预防信念对健康促进生活方式的影响研究

李华，张巾英，王黎，杨甜甜，杨燕妮*
基金项目：2020年国家社会科学基金资助项目(项目编号：20BRK039)
400038 重庆市，陆军军医大学护理系基础护理学教研室
*通讯作者：杨燕妮，教授，博士生导师；E-mail：yangyan9787@sina.com

【摘要】 背景 我国痴呆发病率逐渐升高，健康生活方式是痴呆发生的重要可调控因素，而健康信念模式可广泛用于解释和预测健康相关行为。**目的** 调查分析公众痴呆预防健康信念对健康行为水平的影响，为制定以健康信念模式为理论基础的预防干预方案提供科学依据。**方法** 采用方便抽样法，通过网络问卷对我国1021名成年人的一般资料、痴呆预防知识、痴呆预防信念及健康促进生活方式进行调查，采用多元线性回归分析痴呆预防信念对健康促进生活方式的影响。**结果** 痴呆预防健康信念中障碍感知（β=-0.280，P＜0.01）、自我效能（β=0.148，P＜0.01）、易感性感知（β=–0.118，P＜0.01）、益处感知（β=0.069，P＜0.01）及总体健康动机（β=0.093，P＜0.0），人口学因素中居住地（β=0.057，P＜0.05）、文化程度（β=0.120，P＜0.01）、痴呆接触史（β=0.080，P＜0.01）以及痴呆预防知识水平（β=0.087，P＜0.01）会对成年人的健康促进生活方式产生显著影响。**结论** 成年人的健康行为及生活方式水平与痴呆预防健康信念部分维度及人口学因素有关，未来可基于健康信念模式与行为的关系特点为人群实施痴呆预防干预。

【关键词】 痴呆；预防；健康信念；健康行为

Effect of dementia prevention belief on health promoting lifestyle in Chinese adults

LI Hua, ZHANG Jinying, WANG Li, YANG Tiantian, YANG Yanni *
Department of Basic Nursing，School of Nursing, Army Medical University, Chongqing 400038, China
*Corresponding author: YANG Yanni, professor, Doctoral supervisor; E-mail：yangyan9787@sina.com

【Abstract】 Background The incidence of dementia is gradually increasing in China. Healthy lifestyle is an important modifiable factor for dementia, and the health belief model can be widely used to explain and predict health-related behaviors. **Objective** To investigate and analyze the impact of public health belief on health behavior, and provide scientific basis for the development of targeted prevention strategies based on health belief model. **Methods** A total of 1021 adults were selected by convenience sampling. The general information, dementia prevention knowledge, dementia prevention belief and health promotion lifestyle were investigated. **Results** The health behaviors were affected by perceived barriers(β=-0.280，P＜0.01), self-efficacy(β=0.148，P＜0.01), perceived susceptibility (β=–0.118，P＜0.01)and perceived benefits(β=0.069，P＜0.01)，general health motivation (β=–0.093，P＜0.01)，residence（β=0.057，P＜0.05），education level（β=0.120，P＜0.01），contact history of dementia（β=0.080，P＜0.01）and knowledge of dementia prevention（β=0.087，P＜0.01）. **Conclusion** The health behavior and lifestyle of adults are partly affected by the partial dimension of health belief in dementia prevention and some sociodemographic characteristics. Therefore, health care workers can conduct health behavior intervention to prevent dementia based on the relationship between health belief mode and behavior.

【Key words】 Dementia; Prevention; Health belief; Health behavior

痴呆是伴随人口老龄化出现的严重社会问题，给个人、家庭及社会造成了极大的物质和精神负担。截至2019年我国65岁以上人群的痴呆患病率升至5.60%，已成为世界上痴呆患者人口数量最多的国家[1]。近年来，由于生活方式的改变和受教育水平的提高，发达国家的痴呆发病率已得到明显控制并呈下降趋势[2]，然而包括我国在内的中低收入国家的痴呆患病率仍处于上升阶段，研究显示控制与生活方式相关的可控危险因素可降低我国 40%的痴呆发病率[3]。世界卫生组织（World Health Organization, WHO）于2019年5月首次发布的《认知衰退和痴呆风险防控指南》[4]中建议可从运动锻炼、均衡营养、控制体重及社会参与等方

面进行痴呆风险防控。积极的预防干预可有效延缓疾病的发生发展，提升老年人的生活质量，减轻社会及家庭负担。健康信念模式是重要的健康行为理论之一，已广泛用于解释和预测慢性疾病相关行为[5, 6]，该理论认为影响公众采取健康行为以预防疾病的因素包括对疾病的严重性及易感性感知、做出行为改变之后可能的获益、阻碍行为改变的因素、采取行为的诱因和自我效能等多个维度。由于对疾病的认识不同，在不同疾病中，各维度的作用效果不尽相同，且在痴呆预防领域中健康信念模式的应用尚少见报道。本研究从促进脑健康及降低痴呆风险这一新视角，分析痴呆预防健康信念对健康促进生活方式的影响效应，以期为未来痴呆预防干预方案制定提供科学的证据支持和参考依据。

1　对象和方法

1.1　研究对象

采取方便抽样法，利用问卷星网络平台进行问卷收集。于 2020 年 2 月～2020 年 3 月选取我国年龄大于 18 周岁者作为研究对象。纳入标准：①阅读和理解能力正常，能够完成问卷作答；②年龄大于 18 周岁；③自愿参与本次调查并签署知情同意书。排除标准：无法独立使用手机完成调查者。本研究经陆军军医大学医学伦理委员会审查通过（编号 2020 第 030-02）。

1.2　研究方法

1.2.1　调查工具

①一般资料调查表。由研究者在文献回顾的基础上自行设计，包括性别、年龄、居住地、文化程度、工作状况、婚姻状况、痴呆接触史及痴呆家族史等。

②痴呆预防知识问卷。基于世界卫生组织发布的《认知衰退和痴呆风险防控指南》，应用 Heger 等[7]研究中使用的痴呆预防知识问卷为基础进行编制，内容涉及运动锻炼、营养、高血压、糖尿病、血脂异常等 11 个与痴呆风险相关的知识点，每个知识点答对计 1 分、否则计 0 分，总得分范围 0～11 分，得分越高代表人们的痴呆预防知识水平越好，本研究中该自制问卷的 Cronbach's α 系数为 0.824。

③中文版改变生活方式和健康行为以降低痴呆风险动机（MCLHB-DRR）量表。主要用于测量痴呆预防的健康信念，量表由 Kim 等[8]以健康信念模式为框架发展而来，后经本课题组[9]汉化，该量表共有 27 个条目，7 个维度，分别为易感性感知、严重性感知、益处感知、障碍感知、行动诱因、总体健康动机、自我效能。每个条目采用 1～5 级评分，按照"完全不同意"、"大部分不同意"、"不好说"、"大部分同意"、"完全同意"依次赋值 1～5 分，在计算总分时，障碍感知维度反向计分，量表得分范围 27～135 分，总得分越高，代表痴呆预防健康信念水平越高。中文版量表的重测信度为 0.868，Cronbach's α 系数为 0.763，本研究中 Cronbach's α 系数为 0.866，量表信效度良好。

④健康促进生活方式量表-II修订版（HPLP-II R）。HPLP-II R 由曹文君等[10]在健康促进生活方式量表-II（HPLP-II）的基础上修订而来，为评估人群健康促进生活方式的工具，包括 40 个条目，6 个维度：营养、体育运动、健康责任、人际关系、精神成长和压力管理，按"从不"、"有时"、"经常"、"总是如此"进行 Likert 4 级评分，分别计分为 1～4 分，总分范围为 40～160 分。条目均分 1～2 分、2～3 分、3～4 分分别表示健康促进生活方式处于低、中等、高水平，评分越高代表健康促进生活方式水平越好。该量表的 Cronbach's α 系数为 0.63～0.81，重测信度为 0.69，本研究中 Cronbach's α 系数为 0.934，量表信效度良好。

1.2.2　资料收集与质量控制方法　采用网络问卷进行调查，通过微信进行问卷扩散而获得样本。研究者将问卷发布于国内网络调查平台（问卷星）并获取链接。发送链接时向调查对象说明调查目的、内容、填写方式及注意事项。问卷采用不记名方式进行，秉承自愿原则，问卷填写完毕后数据会自动上传至平台，研究者通过后台导出最终调查数据。为保证问卷填写质量，设置每个 IP 地址仅能填写一次且必须将问卷所有条目填写完毕之后方能提交。本研究共回收问卷 1022 份，剔除答卷明显错误问卷（所有条目选择同一选项或填写时间少于 300 秒）1 份，最终回收有效问卷 1021 份，问卷有效回收率 99.9%。

1.2.3　统计学方法　计量资料用 $\bar{x}\pm SD$ 表示，计数资料采用频数、百分比表示，运用 SPSS24.0 统计学软件进行方差分析或 t 检验比较健康促进生活方式得分在不同人口学特征的差异，采用 Pearson 相关性分析探讨各变量间的相关性；采用多元线性回归分析痴呆预防健康信念各

维度及其他因素对健康促进生活方式的影响。以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 成年人痴呆预防知识及健康信念水平

被调查成年人痴呆预防知识得分为 7.46±2.85，得分率 67.82%。（健康信念得分见表 1）

表 1 成年人痴呆预防健康信念各维度得分（n=1021）

Table1 Scores of health belief in dementia prevention in adults

项目	条目数	得分	条目均分	得分排序
总体健康动机	4	17.58±3.13	4.40±0.78	1
自我效能	2	8.12±1.71	4.16±0.86	2
益处感知	4	16.33±3.63	4.08±0.91	3
行动诱因	4	14.62±3.76	3.65±0.94	4
严重性感知	5	13.74±4.82	2.75±0.96	5
障碍感知	4	7.63±2.35	2.56±1.03	6
易感性感知	4	8.32±3.29	2.08±0.82	7

注：各维度及条目均采用正向计分

2.2 成年人健康促进生活方式水平

被调查成年人健康促进生活方式总分为 99.93±15.72 分，其中处于低水平者 71 例（7.00%）、处于中等水平者 831 例（81.87%）、处于高水平者 113 例（11.13%）。

2.3 人口学特征对健康促进生活方式的影响（见表 2）

表 2 健康促进生活方式基于人口学特征的得分比较（ $\bar{x}\pm SD$ ）

Table2 The relationship between health-promoting lifestyle and sociodemographic characteristics

项目	人数	健康促进生活方式	*F/t* 值	*P* 值
性别			-2.701	0.007
男	357	98.11±17.07		
女	844	100.80±15.19		
年龄			2.553	0.078
青年（18~44）	713	99.18±16.21		
中年（45~59）	405	101.39±15.53		
老年（≥60）	83	100.23±13.16		
居住地			-5.829	0.000
农村	162	93.35±15.12		
城市	1039	101.03±15.67		
文化程度			13.909	0.000
初中及以下	93	92.42±15.41		
高中及中专	186	95.67±13.78		
大专	213	98.97±15.45		
本科	564	102.27±16.29		
硕士及以上	145	103.09±14.39		
工作状况			-1.604	0.109
在工作	1011	99.68±15.89		
已退休	190	101.68±15.31		
婚姻状况			0.241	0.786
已婚	883	100.16±15.66		
未婚	274	99.69±16.78		

项目	人数	健康促进生活方式	F/t 值	P 值
离异/丧偶	44	98.70±12.48		
是否患有慢性疾病			1.868	0.062
无	939	100.42±16.17		
有	262	98.49±14.36		
痴呆家族史			0.902	0.367
无	1104	100.12±15.78		
有	97	98.61±16.15		
痴呆接触史			-3.820	0.000
无	861	98.96±16.23		
有	340	102.62±14.40		

注：是否患有慢性疾病主要指与痴呆密切关联的高血压、糖尿病、高胆固醇血症等慢性疾病。

2.4　成年人痴呆预防知识水平、健康信念与健康促进生活方式的相关性分析

健康促进生活方式与痴呆预防知识呈显著正相关，相关系数为 0.210（$P<0.01$）。信念各维度与健康促进生活方式均存在显著的相关性，其中易感性感知、严重性感知及障碍感知与健康促进生活方式呈显著负相关，相关系数分别为-0.214、-0.107 和-0.361（$P<0.01$）；益处感知、行动诱因、总体健康动机和自我效能均与健康促进生活方式呈显著正相关，相关系数分别为 0.242、0.151、0.266 和 0.341（$P<0.01$）。

2.5　基于健康信念模式的健康促进生活方式影响因素分析

以生活方式总分为因变量，信念各维度以及在单因素分析中具有显著差异的人口学变量为自变量进行多元线性回归分析。结果显示，对健康促进生活方式具有显著影响的因素有易感性感知、益处感知、障碍感知、自我效能、总体健康动机、痴呆预防知识水平、居住地、文化程度、痴呆接触史（$P<0.05$）。（自变量赋值见表 3，回归分析结果见表 4）

表 3　自变量赋值

Table3　Assignment of independent variable

自变量	赋值说明
文化程度	初中及以下=1，高中/中专=2，大专=3，本科=4，硕士及以上=5
居住地	农村=0，城市=1
痴呆接触史	无=0，有=1
痴呆预防知识、健康信念各维度	原始值带入

表 4　成年人健康促进生活方式的多元线性回归结果（n=1021）

Table4　Multiple linear regression analysis of health promoting lifestyle in adult

	B	S E（标准差）	B（标准回归系数）	t 值	P 值
(常量)	49.041	3.697		13.263	0.000
易感性感知	-0.568	0.134	-0.118	-4.249	0.000
严重性感知	-0.072	0.093	-0.022	-0.775	0.439
益处感知	0.298	0.138	0.069	2.169	0.030
障碍感知	1.077	0.101	0.280	10.653	0.000
行动诱因	0.077	0.134	0.018	0.577	0.564
总体健康动机	0.471	0.178	0.093	2.646	0.008
自我效能	1.367	0.326	0.148	4.191	0.000
居住地	2.616	1.201	0.057	2.178	0.030
文化程度	1.320	0.291	0.120	4.541	0.000

痴呆接触史	2.795	0.878	0.080	3.185	0.001
痴呆预防知识	0.486	0.145	0.087	3.351	0.001

调整后的 R^2=0.282，F=43.805，P=0.000

3　讨论

3.1　成年人预防痴呆健康信念及健康促进生活方式特征分析

研究结果显示，成年人改变生活方式以降低痴呆风险信念的 7 个维度得分从低到高依次为易感性感知、障碍感知、严重性感知、行动诱因、益处感知、自我效能、总体健康动机。痴呆预防信念中易感性及严重性感知维度得分均低于中间值 3 分，说明本人群偏向于否认痴呆是严重且容易发生的。该结果一方面是不会引发担心、焦虑和恐惧等不良情绪，但另一方面，过低的易感性和严重性感知水平也可能与被调查对象的痴呆相关知识缺乏有关[11]。总体健康动机得分最高，表示人们对于自身整体健康状况比较关注和重视，认为健康行为及生活方式发挥着积极的作用；其次得分较高的维度是自我效能和益处感知，说明该人群认为健康生活方式有助于降低痴呆风险，并对自己的行动力充满信心。障碍感知维度中涉及的障碍原因主要包括时间不足、经济条件及家庭责任被迫限制、改变生活习惯会打乱原先日程安排等，该维度通常是设计预防干预项目关注的重点，本调查中人群的痴呆预防障碍感知得分略低于中间值，说明这一人群实施健康行为的障碍感知仍有较大的干预空间。

本次网络调查结果显示公众健康促进生活方式处于中等水平，和曹文君等[10]对长治地区的调查结果一致。其中被调查人群中健康促进生活方式处于中等水平者 831 例（占 81.87%），处于高水平人群为 113 例（占 11.13%），高水平人群占比显著高于夏晓红等[12]的调查结果，可能与本次调查对象学历水平高有关，文化程度是健康促进生活方式的影响因素之一，本次调查对象半数以上具有本科及以上学历。健康促进生活方式已被证实与痴呆的发病风险密切相关，可影响 40%的痴呆发病[2]，本调查结果提示，健康促进生活方式的各维度均有进一步提升的空间，卫生保健及医务工作者应重视公众现存的生活方式问题，在工作中对服务人群进行科学的健康指导，亦可以应用 WHO 最新循证指南[4]，从痴呆预防的角度引导其保持健康的行为习惯，维持人群的健康状态，促进人们成功认知老化。

3.2　成年人痴呆预防健康信念对生活方式的影响

回归分析显示，在痴呆预防健康信念的 7 个维度中，对健康促进生活方式产生显著影响的维度有障碍感知、自我效能、易感性感知、总体健康动机和益处感知。其中障碍感知和易感性感知对健康促进生活方式产生负向作用，而自我效能、总体健康动机和益处感知产生正向作用。即人们感知到改变行为的障碍越大、患痴呆的风险越高，越不利于健康行为的形成，而感知到改变行为的信心越强和行为改变带来的益处越大，则越利于健康行为的养成。

既往研究显示，在预防性健康行为中障碍感知是对行为产生最大影响的信念因素[13]，与本研究结果一致。障碍感知表示人们对于做出行为改变以预防痴呆时所感知到的内外部障碍，包括在时间、空间、经济成本、主观意愿等方面。障碍感知对生活方式存在显著影响，且影响效应大于益处感知，提示卫生政策制定者在规划痴呆预防干预策略时，不仅需要宣传痴呆预防知识，更应了解人们在改变健康行为时所遇到的困难，帮助人们克服内在困难并提供便利的社会环境，才能有效引导其主动进行自我健康管理以降低痴呆风险。

本研究中，痴呆的易感性感知对生活方式产生了负向作用，人们感知到的痴呆易感性越强，越不利于其健康行为的养成。在关于疾病预防行为的研究中发现，易感性感知是发挥重要作用的信念维度[13]，其对行为的作用效果存在差异，可能存在正向作用，也可能存在负向作用[14, 15]。本研究中产生负向作用的可能原因，首先是人们认为是否会患痴呆是由基因决定的，基因是无法改变的，宿命论在易感性感知中占据主导地位；其次是人们对于痴呆的可控风险因素及预防认识不足，2019 年世界 AD（阿尔茨海默病）报告中指出，仍有四分之一的人认为痴呆是不可预防的[4]，较高的知识水平是建立正确信念系统的基础，如果人们认为此类疾病是不可控的，则不会进一步采取行动来积极预防痴呆的发生。故而，在未来痴呆预防的健康教育中，应重点强调痴呆的可防可控性，通过改变人们对痴呆的错误认识，易感性感知可能会对健康行为产生积极的正向作用。本研究结果同时也提示，因为易感性感知在不同疾病中对健康行为影响存在差异，建议在基于健康信念模式构建的问卷计分时，将各维度单独计分进行结果分析可能比合并计分更有意义。

总体健康动机水平反映人们对自身健康的关注程度，回归分析结果可以看出人们对自身的整体健康关注越多，则其越可能形成良好的健康行为及生活方式。回顾以往研究，总体健康动机对健康行为始终发挥着促进作用，但作用效应大小存在差异，彭慧蛟等[16]发现总体健康动机是脑卒中患者实施健康行为时发挥最大作用的信念因素，而本研究中，该维度发挥的作用影响较小，说明由于对不同疾病的认识不同，总体健康动机呈现出的作用强弱不同。同时，提升个体对整体健康状况的关注而不仅仅关注特定疾病，从整体健康观的角度去促进健康行为的形成，可能是降低痴呆发病率的有效途经之一。未来在疾病综合防治理念的基础上开展痴呆预防干预，促进人们对自身整体健康的关注可能会对痴呆预防起到一定的作用效果。

痴呆预防信念中的益处感知对于健康促进生活方式的积极作用不容忽视，且在本研究中得到验证。同时本研究也发现自我效能对于健康生活方式的正向影响效应最大，表明个体在改变不健康行为习惯以降低痴呆风险时对自己越有信心、感知到的困难越少，其越有可能成功。研究发现，增强自我效能感，能有效激发个体内在的积极性，增强个体自我管理能力，对目标行为具有积极地促进作用[17]。

3.3 其他因素对健康促进生活方式的影响

回归分析发现，居住于城市地区、有痴呆接触史、较高的文化程度和痴呆预防知识水平有利于人们形成健康良好的生活方式。居住于城市地区者由于可以更便捷的接受到优质的医疗服务，所以健康素养更好、生活方式也更健康。与痴呆患者的接触经历会促使人们采取健康的生活方式，可能因为直面痴呆患者使得人们对于痴呆的发生、发展有了更直观的认识，因而更有利于个体重视对痴呆的预防。研究发现，有痴呆接触史者更能准确认识到健康生活方式的益处[18]。以上研究结果同时表明，通过公共媒体播放相关视频或组织为痴呆患者服务的志愿者活动，以使更多人了解痴呆并促使人们主动进行自我管理以预防痴呆的发生，可能会对痴呆预防产生重要作用。学历越高者，健康促进生活方式水平越高，这与前期夏晓红等[12]的研究结果一致。李毅琳等[19]在调查人们的健康素养及影响因素时也发现文化程度较高者其健康素养水平更高，而健康生活方式与行为是健康素养的重要组成部分。国际阿尔茨海默病协会的调查报告显示，由于通过健康行为降低痴呆风险的证据在近 10 多年才逐渐丰富，公众大多仍认为痴呆是正常老化的一部分，对其可预防性的认知十分缺乏[20]。Liu 等[21]对我国居民痴呆知识水平的调查也发现，我国居民对痴呆危险因素的认知得分最低。因此，本研究结果提示，加强痴呆预防知识宣教，促进民众对痴呆发病风险和严重结局的正确认知，可能是促成我国成人主动预防痴呆的重要干预靶点，需引起健康管理者及卫生服务政策制定者和相关医护人员重点关注。

综上所述，本研究发现我国成年人痴呆预防健康信念中总体健康动机、自我效能、益处感知水平较高，而易感性感知、障碍感知及严重性感知水平较低，对健康促进生活方式的调查中发现，我国成年人的健康促进生活方式处于中等水平，仍有较大的提升空间，健康信念中易感性感知、益处感知、障碍感知、总体健康动机和自我效能对健康生活方式具有显著影响，而痴呆预防知识水平、居住地、文化程度和痴呆接触史也可不同程度对生活方式产生影响，提示在促进《“健康中国 2030”规划纲要》中“降低老年人痴呆患病率”目标的实现过程中，卫生保健人员应根据不同人群特点，重点关注痴呆预防健康信念中的障碍感知、自我效能、易感性感知、总体健康动机及益处感知，可基于健康信念模式有针对性地设计痴呆预防干预项目，以使干预效果达到最优。本研究采取网络调查方便抽样，研究对象女性占绝大多数，多数分布在城市，且平均文化程度较高，样本的代表性及结果的普适性存在一定的局限，但同时也提示该人群可能是网络健康干预的适宜人群。后续研究可进一步改进抽样方法，开展多中心调查，进一步明确健康信念在痴呆预防中的作用机制。

本文无利益冲突。

参考文献

[1]Jia L,Quan M,Fu Y,et al. Dementia in China: epidemiology, clinical management, and research advances[J]. Lancet Neurol, 2020, 19(1): 81-92. DOI:10.1016/s1474-4422(19)30290-x.

[2]Livingston G,Sommerlad A,Orgeta V,et al. Dementia prevention, intervention, and care[J]. Lancet, 2017, 390(10113): 2673-2734. DOI:10.1016/s0140-6736(17)31363-6.
[3]Mukadam N,Sommerlad A,Huntley J,et al. Population attributable fractions for risk factors for dementia in low-income and middle-income countries: an analysis using cross-sectional survey data[J]. Lancet Glob Health, 2019, 7(5): e596-e603. DOI:10.1016/s2214-109x(19)30074-9.
[4]World Health Organization. Risk reduction of cognitive decline and dementia： WHO guidelines[M]. Geneva： World Health Organization，2019.
[5]万丽红,阮恒芳,周雯莉,等. 高血压与首发高血压相关脑卒中患者的健康信念及行为[J]. 中华高血压杂志, 2014, 22(09): 859-864. DOI:CNKI:SUN:ZGGZ.0.2014-09-021.
[6]方蘅英,张美芬,刘可. 冠心病患者健康信念与健康行为的相关性研究[J]. 解放军护理杂志, 2007, 24(7B): 26-28+74. DOI:CNKI:SUN:JFHL.0.2007-08-010.
[7]Heger I,Deckers K,van Boxtel M,et al. Dementia awareness and risk perception in middle-aged and older individuals: baseline results of the MijnBreincoach survey on the association between lifestyle and brain health[J]. BMC Public Health, 2019, 19(1): 678. DOI:10.1186/s12889-019-7010-z.
[8]Kim S,Sargent-Cox K,Cherbuin N,et al. Development of the motivation to change lifestyle and health behaviours for dementia risk reduction scale[J]. Dement Geriatr Cogn Dis Extra, 2014, 4(2): 172-183. DOI:10.1159/000362228.
[9]王小芳,杨燕妮,唐碧霞, 等. 中文版改变生活方式和健康行为以降低痴呆风险动机量表的信效度研究[J]. 护理学杂志, 2016, 31(21): 13-16. DOI:10.3870/j.issn.1001-4152.2016.21.013.
[10]曹文君,郭颖,平卫伟, 等. HPLP-II健康促进生活方式量表中文版的研制及其性能测试[J]. 中华疾病控制杂志, 2016, 20(03): 286-289. DOI:10.16462/j.cnki.zhjbkz.2016.03.018.
[11]Rosato M,Leavey G,Cooper J,et al. Factors associated with public knowledge of and attitudes to dementia: A cross-sectional study[J]. PLoS One, 2019, 14(2): e0210543. DOI:10.1371/journal.pone.0210543.
[12]夏晓红,陈春,胡澜, 等. 四川省中老年居民健康促进生活方式及影响因素分析[J]. 现代预防医学, 2019, 46(19): 3575-3579. DOI:CNKI:SUN:XDYF.0.2019-19-033.
[13] Janz N K , Becker M H . The Health Belief Model: A Decade Later[J]. Health Education Quarterly, 1984, 11(1):1-47. DOI: 10.1177/109019818401100101.
[14]曾勇军. 基于健康信念模式普通民众生活行为方式影响因素分析[D]. 福建医科大学, 2016. DOI:CNKI:CDMD:2.1016.747881.
[15]Saghafi-Asl M,Aliasgharzadeh S and Asghari-Jafarabadi M. Factors influencing weight management behavior among college students: An application of the Health Belief Model[J]. PLoS One, 2020, 15(2): e0228058. DOI:10.1371/journal.pone.0228058.
[16]彭慧蛟,万丽红,黄月友, 等. 脑卒中患者健康信念与健康行为的调查研究[J]. 中华护理杂志, 2012, 47(01): 10-13. DOI:10.3761/j.issn.0254-1769.2012.01.004.
[17]Schonfeld P,Preusser F and Margraf J. Costs and benefits of self-efficacy: Differences of the stress response and clinical implications[J]. Neurosci Biobehav Rev, 2017, 75: 40-52. DOI:10.1016/j.neubiorev.2017.01.031.
[18]Smith BJ,Ali S and Quach H. The motivation and actions of Australians concerning brain health and dementia risk reduction[J]. Health Promot J Austr, 2015, 26(2): 115-121. DOI:10.1071/he14111.
[19]李毅琳,伍春燕,钟庆, 等. 武汉市居民健康素养现状及影响因素分析[J]. 中国公共卫生, 2019, 35(04): 471-474. DOI:10.11847/zgggws1121141.

[20] Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2018: the state of the art of dementia research: new frontiers[R/OL]. (2018-09-21). https://www.alz.co.uk/research/world-report-2018.
[21]Liu D,Cheng G,An L,et al. Public Knowledge about Dementia in China: A National WeChat-Based Survey[J]. Int J Environ Res Public Health, 2019, 16(21):4231. DOI:10.3390/ijerph16214231.